



Recibido: 2026-06-05

Aceptado: 2026-06-16

Publicado: 2026-07-07

Factores de riesgo obstétricos en las embarazadas en el Centro de Salud Tipo C- Machala

Obstetric risk factors in pregnant women at the Type C Health Center - Machala

Camila Andreina Vega Viscaino¹

Estudiante, Carrera de Enfermería

<https://orcid.org/0009-0006-3490-2768>

cvega6@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Sara Margarita Saraguro Salinas²

Licenciada en Enfermería, Magíster en epidemiología,

Gerencia En Salud Para El Desarrollo Local, Universidad

<https://orcid.org/0000-0002-4711-1416>

ssaraguro@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador



Resumen

El objetivo del trabajo presentado es la determinación de los riesgos obstétricos en las embarazadas que acuden al Centro de Salud en la ciudad de Machala para esto se estableció la clasificación de los componentes biológicos que complican y colocan en riesgo la salud de la madre e hijo como son los biológicos, metabólicos, cardiovasculares y cardiometabólicos, para esto el estudio se basó en un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo y de corte transversal, por lo cual se utilizó la aplicación de una encuesta de elaboración propia con una población de 256 gestantes, revisión de historias clínicas y artículos científicos de revistas, logrando encontrar relación con los grupos de edad, escolaridad, estado civil, ocupación, paridad, semanas de gestación y controles prenatales que facilitan encontrar los factores determinantes que puede ir desde los hábitos alimenticios, las condiciones clínica durante la etapa de gestación, comorbilidades maternas y los antecedentes familiares. En conclusión, estos riesgos se relacionan con determinantes estructurales como es el desempleo y la condición de soltería en el ámbito sociodemográfico así mismo como los factores biológicos que entre ellos está la presencia de anemia y la edad materna temprana, al contrario, los aspectos asistenciales manifiestan que el inicio tardío o la insuficiencia de los controles prenatales son el riesgo que menos se presentan.

Palabras clave: Riesgos, obstétricos, determinantes, sociales, embarazo, factores, biológicos, controles prenatales.



Abstrac

The objective of this study is to determine the obstetric risks in pregnant women attending the Health Center in the city of Machala. To this end, a classification was established of the biological components that complicate and put the health of the mother and child at risk, such as biological, metabolic, cardiovascular, and cardio-metabolic factors. The study was based on a quantitative approach with a descriptive and cross-sectional design. A self-developed survey was administered to a population of 256 pregnant women, and medical records and scientific articles from journals were reviewed. Relationships were found between age groups, education level, marital status, occupation, parity, weeks of gestation, and prenatal check-ups, which facilitated the identification of determining factors that can range from eating habits and clinical conditions during pregnancy to maternal comorbidities and family history. In conclusion, these risks are related to structural determinants such as unemployment and being single in the sociodemographic sphere, as well as biological factors including anemia and early maternal age. Conversely, healthcare aspects show that late initiation or insufficiency of prenatal care are the least prevalent risks.

Keywords: Obstetric risks, social determinants, pregnancy, biological factors, prenatal checkups.

Introducción

La salud materna es primordial para los sistemas de sanitarios, porque representan varios desafíos durante la etapa de gestación, parto y puerperio los cuales desencadenan riesgos que pueden afectar la vida de la gestante y del feto. Por ello, es importante identificar los factores de riesgo más comunes, para conocer, educar y prevenir las complicaciones asociadas a condiciones que pueden ser socioeconómicas, enfermedades preexistentes o adquiridas durante la gestación. (Lappen JR, 2021).

En este sentido, los riesgos obstétricos se los identifica como factores o condiciones que aumentan la probabilidad de complicaciones fetales, neonatales y maternas durante toda la etapa de gestación, parto y puerperio las cuales se clasifican dependiendo los elementos que puedan ser adquiridos en el embarazo o presencia de antecedentes genéticos, así mismo esto puede variar dependiendo en donde puede desarrollarse las complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones, o complicaciones relacionadas con el crecimiento fetal. ((VA) & Affairs, 2023)

De modo que, estos factores de riesgo en el embarazo se clasifican en diversos componentes como son los aspectos biológicos, la edad materna, enfermedades preexistentes y antecedentes obstétricos. De igual manera, los socioeconómicos influyen de forma significativa, esto involucra el bajo nivel educativo, escasos recursos y la falta de controles prenatales, y por último los factores psicológicos como es el estrés, la ansiedad, y la falta de apoyo de la familia, todos estos factores incrementan las complicaciones durante la etapa de gestación y el periodo posparto. (Saraguro Salinas S, 2021)

Teniendo en cuenta que, durante el embarazo pueden presentarse diversas enfermedades como son los trastornos hipertensivos: la preeclampsia y síndrome HELLP, que pueden causar disfunciones multiorgánicas y complicaciones graves; de manera que, los trastornos hematológicos como la anemia ferropénica y la trombocitopenia que incrementa el riesgo de sufrir tromboembolismo venoso (TEV). (Mehta LS, 2021)

Otras de las enfermedades que constituyen una base fundamental en la aparición de complicaciones durante el embarazo son las metabólicas, porque influyen directamente a la gestante ya que desarrollan diabetes gestacional. La obesidad es la base del desarrollo de estas afecciones, porque ataca directamente al sistema cardiovascular, siendo esta la más peligrosa

por su relación con complicaciones obstétricas, como preeclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal. (Abdi F, 2025)

Teniendo en cuenta que, estas variaciones cardio-metabólicos representan un riesgo significativo durante la gestación, ya que afectan la salud materna a corto y largo plazo. De modo que, las alteraciones favorecen la aparición y el desarrollo de los trastornos hipertensivos y diabetes gestacional, las cuales deterioran la función vascular y metabólica, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna fetal. (Elgazzaz M, 2024)

Lo mismo ocurre con las afecciones crónicas previas al embarazo son los determinantes de riesgo de la mortalidad materna ya que incrementan significativamente los eventos de morbilidad materna y eso se evidencio con el aumento de las complicaciones graves ya sea en el proceso de gestación, hospitalización y posparto. Las pacientes con una sola patología crónica muestran considerable complejidad y fue mayor en quienes padecían tres o más comorbilidades de las cuales se destacan cardiopatía, hipertensión, diabetes y obesidad. (Brown HK, 2025).

Por otra parte, debido a los diferentes factores de riesgos la mortalidad materna se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 y menores de 16 años, de raza negra no hispana, atendidas en centros de atención públicos con antecedentes de multiparidad. Esta condición se relacionó con el 35% de las muertes maternas en el periodo de su primer año posparto. Este fenómeno evidencia que la muerte materna no solo impacta directamente al núcleo familiar, si no que refleja la interacción de los factores de riesgo con la muerte materna, dando nuevos desafíos a los sistemas de salud. (Declercq E, ACOG, 2025).

A nivel mundial, la incidencia de la morbimortalidad materna fetal a causa de los abortos espontáneos se mantiene con mayor porcentaje en las gestantes de 20 y 24 años, hasta los 40 y 44 años. En este intervalo de edad, las mujeres tienen una relación con diversos factores de riesgo, de los cuales se destaca el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol y el índice de masa corporal ya que estas causas tienen relación directa con patologías crónicas, las cuales son las principales problemáticas que llevan al desarrollo de estas dolencias físicas o mentales y, en casos graves, pueden conllevar a la muerte materna fetal. (Tong F, 2024).

Por tanto, la morbimortalidad materna sigue siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial y nacional. A escala global, en 2023 se estimaron aproximadamente 260 000

muertes maternas prevenibles; las causas directas más frecuentes fueron hemorragia obstétrica, hipertensión (preclamsia/eclampsia), infección, aborto inseguro y trabajo de parto obstructivo, mientras que causas indirectas incluyen anemia y enfermedades cardiovasculares; la mayoría de estas muertes ocurre en países de ingresos bajos y medios. (Urillo Valle, 2023).

En el contexto ecuatoriano, las estadísticas oficiales muestran que la razón de mortalidad materna ha presentado variaciones recientes el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó una razón de mortalidad materna de 35.6 por 100 000 nacidos vivos en 2023 y el Ministerio de Salud Pública gacetas epidemiológicas donde se documentan las principales etiologías y la distribución provincial de las muertes maternas, destacando la importancia de las causas indirectas y las brechas por territorio y etnia. (Ecuador, El Nuevo Ecuador, 2023)

A nivel local, en la provincia de El Oro y específicamente en Machala investigaciones y revisiones de historias clínicas realizadas en los últimos años han identificado como factores obstétricos frecuentes la edad materna extrema (adolescentes <18 años y adultas ≥ 40 años), hipertensión arterial, diabetes gestacional, hemorragias y problemas en el control prenatal, además de complicaciones asociadas a retrasos en la búsqueda de atención o limitaciones en el acceso a servicios especializados. (Murillo Valle, 2023).

Los centros de salud tipo C, como los recientemente implementados, ya que son establecimientos de primer nivel con mayor capacidad resolutive y servicios de obstetricia y ginecología (atención 24 h en algunos casos), orientados a atender una población extensa y resolver alrededor del 80 % de las necesidades de atención primaria; sin embargo, su impacto sobre la reducción de riesgos obstétricos depende de la calidad del control prenatal, la capacitación del personal (obstetras y enfermería), el acceso a exámenes complementarios y rutas de referencia oportunas hacia niveles de mayor complejidad. (Caicedo Mina, 2022).

En el año 2023 han identificado riesgos asociados a la falta de controles prenatales, la anemia, la desnutrición especialmente en zonas rurales; estos factores dificultan una atención oportuna y segura durante el embarazo y el parto. Los centros de salud tipo C cumplen un papel clave al brindar atención integral y continua. Sin embargo, su eficacia depende del acceso, la calidad del servicio y la educación sanitaria de las gestantes. (Caira-Chuquineyra, 2023).

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia representa un importante problema de salud pública debido a las complicaciones que pueden presentarse durante la gestación, el parto y el puerperio. Las adolescentes se encuentran en una etapa biológica y emocional de desarrollo, lo

que las hace más vulnerables a padecer riesgos obstétricos como preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial. (Amoadu, 2022).

Por lo tanto, el embarazo adolescente también sigue siendo una preocupación. De acuerdo con el reporte del UNFPA-Ecuador, esto genera costos sanitarios elevados y mayores complicaciones tanto para la madre y el recién nacido, lo que implica ser un riesgo y una carga considerable para el sistema de salud ecuatoriano. En zonas rurales y de alta marginación el problema se acentúa: según Moreno-Indio et al. 2023, en adolescentes de 13 a 17 años se reportaron complicaciones obstétricas como amenaza de parto prematuro (12 %), infección de vías urinarias (12 %), presentación fetal distócica (12 %), preeclampsia (8 %) y eclampsia (1 %). (Villacreses Cobo, 2023)

De acuerdo con los datos presentados en la gaceta epidemiológica de muertes maternas, desde el año 2023 y hasta la semana epidemiológica 47, las muertes maternas por causas obstétricas se concentraron en Guayaquil 20 casos, Quito 9 casos, seguidas por Quevedo 4, Babahoyo 3, Machala 3, Cuenca 2 y Azogues. También se registraron fallecimientos aislados en diversas ciudades como Esmeraldas, Ambato, entre otros, cada una con dos casos. En los años 2024 y 2025, se evidencia una reducción en el total de muertes maternas, manteniéndose con referencia que los eventos continúan concentrándose en las zonas de mayor densidad poblacional. (Ecuador, PDF, 2025)

Cabe destacar que es importante aplicar una estrategia como la estratificación del riesgo obstétrico para evaluar desde el inicio del embarazo, principalmente a la mujer que presenten factores de riesgo (Mendonça, 2024). Masresha Leta et al 2022, describen un enfoque de la estratificación en obstetricia donde se destacan el sangrado en el primer trimestre, así mismo, la hipertensión arterial y otras patologías. Por ello, de detectar este riesgo permite planificar mejor la atención, preparar al equipo sanitario y anticipar intervenciones y minimizar desenlaces adversos. (Masresha, 2022). Por ello la presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgos obstétricos en las embarazadas que acuden al Centro de Salud.



Metodología

Se desarrolló la investigación bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal, realizada en un Centro de Salud Tipo C de la ciudad de Machala. Para la recolección de la información fue a través de una encuesta original, revisión de historias clínicas y artículos científicos de revistas como American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Heart Association, American Journal of Obstetrics & Gynecology, etc. Con el objetivo de identificar los principales factores de riesgo obstétricos. Los criterios de inclusión son mujeres con embarazo ya confirmado que se realicen sus controles en el centro de salud y que acepten participar en el estudio, los criterios de exclusión son los pacientes que no acepten participar y mujeres que no se encuentren en periodo de gestación. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS Statistics 26, donde se realizó la depuración, codificación y organización de las variables con un alfa de Cronbach 0,87. Para el análisis descriptivo se utilizaron tablas simples y estadísticas descriptivas, lo que permitió observar la distribución de los factores de riesgo y su relación con las variables obstétricas de interés. Las consideraciones éticas se respetarán, los datos y la privacidad de los participantes, esto se basó en los principios propuestos por la Declaración de Helsinki y el Reporte de Belmont ya que estos se rigen en respetar la ética de las gestantes durante la investigación y sus derechos de autonomía, libertad, confidencialidad y el consentimiento informado.

.



Resultados y discusión

Tabla 1.

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas y gineco obstétricas

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupo de edad	16–28 años	182	70,5
	29–41 años	75	29,1
	55–67 años	1	0,4
Escolaridad	Primaria	61	23,6
	Bachillerato	155	60,1
	Superior	40	15,5
	Sin estudios	2	0,8
Estado civil	Soltera	181	70,2
	Unión libre	55	21,3
	Casada	22	8,5
Ocupación	Ama de casa	199	77,1
	Estudiante	21	8,1
	Artesana	7	2,7
	Empleada pública	11	4,3
	Empleada privada	3	1,2
Paridad	1–2 hijos	190	73,6
	3–4 hijos	61	23,6
	5–6 hijos	7	2,7
Semana de gestación	1–12 semanas	27	10,4
	13–28 semanas	94	36,4
	29–40 semanas	137	53,1
Controles prenatales	Ninguno	7	2,7
	1–2 controles	63	24,4
	3–4 controles	74	28,7
	5–6 controles	75	29,1
	7–8 controles	25	9,7
	Más de 8 controles	14	5,4

Nota: En la tabla se observa la distribución de la muestra según variables sociodemográficas y gineco obstétricas

Los resultados de la Tabla 1 muestran que la población de estudio está compuesta principalmente por mujeres jóvenes, predominando el grupo de 16 a 28 años (70,5%), seguido de 29 a 41 años (29,1%), con una presencia mínima de mayores de 55 años (0,4%), lo que evidencia una concentración en edades reproductivas tempranas. En cuanto al nivel educativo, predomina el bachillerato (60,1%), seguido de primaria (23,6%) y educación superior (15,5%), siendo casi inexistente la población sin estudios, lo que refleja un nivel educativo medio. Respecto al estado civil, la mayoría son solteras (70,2%), seguidas de mujeres en unión libre (21,3%) y casadas (8,5%), lo que sugiere predominio de vínculos no formales.

En relación con la ocupación, destacan las amas de casa (77,1%), con baja participación en el empleo formal, lo que podría influir en el acceso a recursos y servicios de salud. En cuanto al nivel de paridad, los resultados muestran que la mayoría de las gestantes presentan entre 1 y 2 hijos representando el (73,6%), lo que indica que predomina un bajo nivel en esta variable, referente a las semanas de gestación, se observó que la mayor parte de las participantes se encontraba entre las 29 y 40 semanas de gestación, representando el (53,1%) de la muestra y los controles prenatales, el grupo más frecuente fue el de 5 a 6 controles con (29,1%) lo cual indica que las participantes asisten correctamente a sus citas prenatales.

Tabla 2.*Características de los hábitos y estilos de vida durante el embarazo*

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Durante este embarazo, su consumo de cafeínas	No consume	210	81,4
	Consumía antes	34	13,2
	Consume actualmente	14	5,4
En los últimos 30 días, ¿usted ha fumado o vapeado?	No	244	94,6
	Sí, pero lo dejó durante el embarazo	13	5
	Sí, actualmente	1	0,4
Durante este embarazo, el consumo de alcohol ha sido	No	222	86
	Solo antes del embarazo	36	14
Durante este embarazo, ¿ha usado alguna sustancia no prescrita por personal de salud?	No	249	96,5
	Sí, antes del embarazo	9	3,5
Dietas especiales	Hipocalórica	28	10,9
	Hipercalórica	2	0,8
	Hiposódica	31	12
	Ninguna	197	76,4

Nota: En la tabla se observa las características de los hábitos y estilos de vida durante el embarazo.

Los resultados de la presente tabla evidencian que, en general, las gestantes adoptan conductas saludables durante el embarazo, aunque persisten algunos factores de riesgo. La mayoría no consume cafeína (81,4%), aunque un grupo menor la consumía antes (13,2%) o continúa haciéndolo (5,4%). De igual forma, predomina la ausencia de consumo de tabaco o vapeo (94,6%), aunque un 5,0% dejó el hábito recientemente y un caso aislado lo mantiene, lo que implica un riesgo relevante. En cuanto al consumo de alcohol, el 86,0% no lo ha ingerido durante el embarazo, mientras que el 14,0% lo hacía previamente, reflejando una

adecuada adherencia a las recomendaciones. Asimismo, el uso de sustancias no prescritas es bajo, con un 96,5% que reporta no haberlas utilizado durante la gestación.

Respecto a la alimentación, la mayoría (76,4%) no sigue dietas especiales; sin embargo, entre quienes sí lo hacen, predominan las dietas hiposódicas (12,0%) e hipocalóricas (10,9%), siendo poco frecuente la hipercalórica (0,8%). En conjunto, estos hallazgos sugieren un perfil mayormente favorable, aunque con presencia de conductas que podrían implicar riesgos para la salud materno-fetal.

Tabla 3.

Condiciones clínicas reportadas durante el embarazo

Variable	No n (%)	Sí n (%)
Infecciones recurrentes de vías urinarias	103 (39,9)	155 (60,1)
Secreciones vaginales abundantes y de mal olor	221 (85,7)	37 (14,3)
Sangrado durante el embarazo	236 (91,5)	22 (8,5)

Nota: En la tabla se observa los antecedentes clínicos durante el embarazo.

En cuanto a las comorbilidades maternas evidencian que, la mayoría de las gestantes no presenta enfermedades crónicas asociadas durante el embarazo, sin embargo, se identifican algunas condiciones relevantes que requieren atención. La anemia destaca como la comorbilidad más frecuente, con un 15,5% (n=40) de los casos, lo que la posiciona como un problema importante de salud en esta población y un potencial factor de riesgo para complicaciones materno-fetales. En menor proporción, se observa la presencia de diabetes mellitus en el 5,4% (n=14) y obesidad en el 4,3% (n=11), condiciones que también pueden influir negativamente en el desarrollo del embarazo si no son controladas adecuadamente. Por otro lado, la hipertensión arterial (1,9%; n=5) y el asma (1,2%; n=3) presentan una baja prevalencia, lo que indica una menor carga de estas patologías en la muestra estudiada.

Tabla 4.

Comorbilidades maternas

Variable	No n (%)	Sí n (%)
Diabetes mellitus	244 (94,6)	14 (5,4)
Hipertensión arterial	253 (98,1)	5 (1,9)
Asma	255 (98,8)	3 (1,2)
Obesidad	247 (95,7)	11 (4,3)
Anemia	218 (84,5)	40 (15,5)

Nota: En la tabla se observa las comorbilidades maternas.

Respecto a los antecedentes familiares evidencian que una proporción considerable de las gestantes presenta historial familiar de enfermedades, lo que constituye un factor relevante a considerar en el seguimiento prenatal. Entre los antecedentes más frecuentes se identifican enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial con el 38,4% y el 21,3%, lo que sugiere una posible predisposición genética que podría influir en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo.

Tabla 5.*Antecedentes familiares*

Variable	No n (%)	Sí n (%)
Hipertensión arterial	203 (78,7)	55 (21,3)
Diabetes mellitus tipo 2	159 (61,6)	99 (38,4)
Insuficiencia cardíaca congestiva	244 (94,6)	14 (5,4)
Otras patologías	241 (93,4)	17 (6,6)

Nota: En la tabla se observa los antecedentes familiares

Respecto a los antecedentes familiares evidencian que una proporción considerable de las gestantes presenta historial familiar de enfermedades, lo que constituye un factor relevante a considerar en el seguimiento prenatal. Entre los antecedentes más frecuentes se identifican enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial con el 38,4% y el 21,3%, lo que sugiere una posible predisposición genética que podría influir en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo.

Los resultados del presente estudio permitieron evidenciar que la mayoría de las gestantes pertenecían al grupo diario de 16 a 28 años, resultado que guarda relación con los reportados por Aquino (2022), quien identificó un predominio de embarazada entre 15:34 años, dentro de los controles prenatales realizados en un centro de salud, dato que demuestra que el embarazo continúa concentrándose, principalmente mujeres jóvenes y en etapas reproductivas temprana. (MN, 2022)

En cuanto al nivel educativo, destacó el bachillerato (60,1%), al predominio de nivel de instrucción secundaria, encontrado en este estudio, coincide con lo señalado por Conza, et al. (2021), quienes reportaron que gran parte de las gestantes poseían educación secundaria completa, por lo tanto, este aspecto resulta importante, porque el nivel educativo puede influir en la comprensión de las recomendaciones médicas y en el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. De forma similar, la alta proporción de amas de casa

observada en esta investigación también fue descrita por dichos autores, evidenciando que muchas mujeres mantienen una dependencia económica o se dedican principalmente al hogar durante la gestación. (Conza-Sarango BR, 2021)

De acuerdo con el estado civil, en esta investigación preponderó la condición de soltera, (70,2%) mientras que en otros estudios como el de Rigcha y Saraguro (2025), se identificó que una parte importante de las gestantes presentaba necesidades de apoyo emocional durante el embarazo, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Aunque los estados civiles no fueron exactamente iguales, ambos resultados reflejan la importancia del acompañamiento familiar y social durante la gestión, ya que la estabilidad emocional puede influir de manera importante en el bienestar materno y en la adherencia de los controles prenatales. (Rigcha Lema BM, 2025)

En relación con la paridad, los resultados mostraron que dominó el grupo de gestantes con 1 a 2 hijos (73,6%), evidenciando una población con baja multiparidad. Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Vasco et al. (2026), quienes identificaron que las pacientes multíparas presentaban mayor asociación con complicaciones obstétricas y cesárea primaria, especialmente cuando coexistían factores clínicos y sociodemográficos. Esto sugiere que, aunque en el presente estudio resaltan las mujeres con menor número de hijos, la multiparidad continúa siendo un factor importante dentro del riesgo obstétrico. (Camas Chabla, 2023)

Respecto a las semanas de gestación, se evidenció que el 53,1% de las gestantes se encontraba entre las 29 y 40 semanas, influyendo los embarazos en etapas avanzadas. Estos resultados coinciden con lo descrito por Reyes et al. (2024), quienes encontraron mayor frecuencia de gestantes entre las 39 y 40 semanas. Esto refleja que la mayoría de las embarazadas logran llevar la gestación hasta el tercer trimestre o al término del embarazo. (Reyes Rueda, 2024)

Con respecto a los controles prenatales, el grupo más frecuente fue el de 5 a 6 con el (29,1%), seguido de 3 a 4 controles (28,7%). Estos resultados guardan relación con el estudio de Cano y Marrero (2024), quienes reportaron que la mayoría de las embarazadas asistió entre 4 y 6 controles prenatales. Sin embargo, dichos autores también identificaron múltiples barreras de acceso, como dificultades económicas, problemas de transporte y tiempos prolongados

de espera, factores que pueden influir en la continuidad y calidad del seguimiento prenatal. (Cano Montesdeoca, 2024)

Con respecto a los hábitos durante el embarazo, los resultados muestran que la mayoría de las gestantes con 86,0% no consume alcohol, tabaco, vape, ni sustancias no prescritas, lo que refleja conductas favorables para la salud materno-fetal. Estos resultados pueden relacionarse con lo planteado por Denise Hoch et al. (2023), Quienes destacaron que el adoptar estos hábitos se relaciona directamente a un daño al ADN del feto ocasionando un aborto espontaneo en el primer trimestre, por lo cual el hecho que las madres mantengan conciencia sobre las posibles complicaciones asociadas a hábitos nocivos y fortalece el autocuidado materno. (Denise Hoch, 2023)

Por otro lado, con las condiciones clínicas y alimentarias, en este estudio excedió la ausencia de dietas especiales con el 96,5%; no obstante, algunas gestantes seguían dietas hiposódicas e hipocalóricas, probablemente asociadas a factores de riesgo o enfermedades preexistentes. Estos resultados pueden vincularse con lo encontrado por Sisa y Jiménez (2026), quienes identificaron que la obesidad, el sobrepeso y los antecedentes familiares de hipertensión estuvieron entre los principales factores relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Esto demuestra que el estado nutricional y la alimentación durante la gestación son elementos fundamentales para prevenir complicaciones maternas y fetales. (Siza Jiménez EM, 2026)

En cuanto a las comorbilidades maternas, la anemia fue la afección más frecuente encontrada en esta investigación con el 15,5%. Este resultado guarda relación con lo descrito por Figueroa et al. (2021), quienes mencionan que el embarazo, especialmente en edades tempranas, puede presentar diversas complicaciones maternas debido a factores biológicos y sociales que afectan la salud de la gestante. La presencia de anemia durante el embarazo representa un riesgo importante, ya que puede influir negativamente tanto en la salud de la madre como en el adecuado desarrollo del feto, por lo que su detección y control oportuno son fundamentales dentro de la atención prenatal. (Figueroa Oliva DA, 2021)

Por otro lado, los antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes mellitus identificados en este estudio con el 38,4% y el 21,3% reflejan la importancia de reconocer oportunamente los factores de riesgo presentes durante la gestación. En relación con esto, Urquiza et al. (2021) señalan que existen diversos factores que pueden influir en las



complicaciones obstétricas y en la toma de decisiones durante el embarazo y el parto, resaltando la necesidad de un seguimiento prenatal adecuado que permita disminuir riesgos y brindar una atención más segura para la madre y el recién nacido. (Urquiza y Conde F, 2021)

Mientras tanto, en la última dimensión relacionada con los riesgos obstétricos y la importancia del seguimiento prenatal también pueden asociarse con lo descrito por Arévalo et al. (2022), quienes identificaron que ciertos factores maternos, como la multiparidad, se relacionan con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia prenatal y brindar atención integral a las gestantes, especialmente a aquellas que presentan antecedentes o condiciones clínicas que podrían comprometer la salud materna y fetal. (Arévalo Córdova TD, 2022)



Conclusiones

Al finalizar el presente estudio se puede concluir que, si bien las gestantes presentan una tendencia favorable hacia la adopción de hábitos saludables, aún persisten factores de riesgo que pueden comprometer su bienestar y la del feto. Estos riesgos se relacionan con determinantes estructurales como el desempleo y la condición de soltería; factores biológicos, entre ellos la presencia de anemia y la edad materna temprana; así como aspectos asistenciales, especialmente el inicio tardío o la insuficiencia de los controles prenatales. Desde este punto, la interacción de estos elementos pone de manifiesto la necesidad de fortalecer un abordaje integral desde el primer nivel de atención, orientado no sólo a la detección oportuna de riesgos, sino también a la implementación de estrategias preventivas y de seguimiento continuo, todo esto el fin de aportar a la reducción de la morbilidad materno-fetal en la ciudad de Machala.



Referencias Bibliográficas

- Department of Veterans Affairs, & Department of Defense. (2023, julio). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of pregnancy*. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VA-DOD-CPG-Pregnancy-Full-CPG_508.pdf
- Abdi, F., & A. S. (2025, 15 de mayo). *Scientific Reports*. <https://www.nature.com/articles/s41598-025-02113-9>
- Amoadu, M., et al. (2022, 22 de julio). *Springer Nature Link*. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04821-w>
- Arévalo, T., & R. S. (2022). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1841
- Brown, H., & F. K. (2025). *BJOG*. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.18347>
- Caicedo, J. (2022). *REBID*. <https://doi.org/10.69890/hallazgos21.v7i1.557>
- Caira-Chuquineyra, B., et al. (2023, abril). *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14667>
- Camas, M. (2023). *Universidad Católica de Cuenca*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstreams/6df8b556-ef17-4246-87cc-9224f8c6f40e/download>
- Cano, M. (2024). *Revista Eugenio Espejo*. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422024000100039&script=sci_abstract&tlng=en
- Conza-Sarango, B., et al. (2021). *Polo del Conocimiento*. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2898>
- Declercq, E., et al. (2025, 25 de septiembre). *Obstetrics & Gynecology*. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/9900/relationship_between_maternal_death_and_infant.1371.aspx



- Denise, H., et al. (2023, mayo). *Laboratory Investigation*.
[https://www.laboratoryinvestigation.org/article/S0023-6837\(22\)03999-X/fulltext](https://www.laboratoryinvestigation.org/article/S0023-6837(22)03999-X/fulltext)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Gaceta MM-SE-52-2023*.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Gaceta-MM-SE-52-2023.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Gaceta MM-SE-1-2025*.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/01/Gaceta-MM-SE-1-2025.pdf>
- Elgazzaz, M., & W. P. (2024). *American Journal of Physiology*.
<https://doi.org/10.1152/ajpcell.00293.2024>
- Figueroa, D., & N. G. (2021, septiembre). *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2021/rcm215y.pdf>
- Lappen, J., & P. C. (2021, abril). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31379-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31379-X/fulltext)
- Masresha, L., & A. (2022, 25 de octubre). *Frontiers in Global Women's Health*.
<https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.942668>
- Mehta, L., & W. C. (2021, 4 de mayo). *Circulation*.
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000772>
- Mendonça, T., & C. (2024, junio). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*.
<https://doi.org/10.4236/ojog.2024.146072>
- MN, A., & L. (2022, enero). <https://n9.cl/imeaen>
- Murillo, P. (2023, 30 de marzo). *Polo del Conocimiento*.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5450/html>
- Reyes, E., & Y. (2024). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14267
- Rigcha, B., & M. M. (2025). *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10329614>
- Saraguro, S., & R. E. (2021, abril). *Mediciencias UTA*.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1083>



Siza, E., & J. A. (2026). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.0.22900

Tong, F., & W. Y. (2024, 2 de febrero). *Human Reproduction*.
<https://academic.oup.com/humrep/article/39/4/834/7597786>

Urillo, P. (2023, marzo). *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9252165>

Urquiza, F., et al. (2021). *Ginecología y Obstetricia de México*.
<https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4159>

Villacreses, A. (2023). *Más Vida*. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0201>

Contribuciones de los autores:

Camila Andreina Vega Viscaino¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Sara Margarita Saraguro Salinas²: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés